

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς	
Ασφαλιστικός φορέας	
Αριθμός ΑΜΚΑ	
Ημερομηνία εισαγωγής	
Ημερομηνία συναίνεσης	
Τηλέφωνα επικοινωνίας	

ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΟΓΚΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Έχετε εισαχθεί στο Νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθείτε σε διουρηθρική επέμβαση αφαίρεσης όγκου από την ουροδόχο κύστη. Η προσπέλαση θα γίνει

Ενδοσκοπικά

Μετά την επέμβαση θα έχετε καθετήρα κύστεως και σύστημα έκπλυσης για όσο χρόνο απαιτηθεί. Για το είδος της αναισθησίας θα ενημερωθείτε από τους αναισθησιολόγους. Η έξοδος από το νοσοκομείο θα εξαρτηθεί από τη μετεγχειρητική πορεία. Συνήθως η παραμονή στο νοσοκομείο είναι 1 - 3 ημέρες.

Οφείλετε να γνωρίζετε τις επιπλοκές που είναι δυνατόν να παρουσιασθούν κατά την επέμβαση, αμέσως μετά ή και σε απώτερο χρονικό διάστημα.

Πιθανές επιπλοκές

		Παρατηρήσεις
1	Μετεγχειρητικός πυρετός	
2	Επίσχεση ούρων	
3	Ουρολοίμωξη	
4	Πνευμονική εμβολή	
5	Πνευμοθώρακας	
6	Ατελεκτασία	
7	Πνευμονία	
8	Θρομβοφλεβίτις	
9	Έμφραγμα μυοκαρδίου	
10	Σοβαρή αιμορραγία	Μετάγγιση αίματος
11	Τραυματισμός ή/και ρήξη κύστης	
12	Δημιουργία ουρινώματος και επιμόλυνσή του	
13	Καύσος και ήπια αιματουρία για μικρή περίοδο μετά την επέμβαση	

14	Καθυστερημένη αιματοουρία που πιθανό να απαιτήσει τοποθέτηση καθετήρα με πλύσεις ή επανεπέμβαση	
15	Κάκωση ουρητήρων	
16	Κάκωση ουρήθρας	

Αν κατά την επέμβαση προκύψει οποιαδήποτε παθολογική εξεργασία που δεν ήταν δυνατόν να διαγνωστεί προηγουμένως, θα προχωρήσουμε στην κατάλληλη θεραπεία έχοντας ως γνώμονα το συμφέρον της υγείας σας και σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Σημειώσεις Ιατρού

.....

.....

.....

.....

.....

Ανέγνωσα το έντυπο συγκατάθεσης με ηρεμία και το κατανόησα. Δηλώνω κατόπιν τούτου ότι ενημερώθηκα για το είδος της επεμβάσεως που θα υποβληθώ, το σκοπό της επεμβάσεως όπως και τις ενδεχόμενες επιπλοκές και υπογράφω ότι αποδέχομαι να υποβληθώ σε επέμβαση.

Υπογραφή	
----------	--

Ο ασθενής είναι:

Ανήλικος	
Σε φυσική αδυναμία να αποφασίσει	

Δήλωση συναίνεσης για την επέμβαση από:

Όνοματεπώνυμο	
Αριθμός Ταυτότητας	
Βαθμός συγγένειας	
Υπογραφή	

Η υπογραφή του εντύπου συγκατάθεσης έγινε παρουσία του Ιατρού:

Όνοματεπώνυμο Ιατρού	
Ιδιότητα	
Αριθμός ΑΜΚΑ	
Υπογραφή	

Το Έντυπο συντάχθηκε από την Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία